

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
8950823396

PÓLIZA No: 895 -89 - 994000000322 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ FÁCIL SEGUROS LTDA				COD. AGE: 895		RAMO: 89		PAP:						
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
05	01	2026	05	01	2026	23:59	29	08	2026	23:59	236	05	01	2026
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
						A LAS			A LAS			DÍAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL														
TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION														

TIPO DE MOVIMIENTO	MODIFICACION	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA
		05	01	2026	23:59	29	08	2026	23:59	236
		VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA		
		A LAS			A LAS			A LAS		

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: ANDREA ROJAS ALARCON	IDENTIFICACIÓN: CC 52.238.770
DIRECCIÓN: 3134765393	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL
	TELÉFONO: 3134765393

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: ANDREA ROJAS ALARCON	IDENTIFICACIÓN: CC 52.238.770
DIRECCIÓN: 3134765393	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL
	TELÉFONO: 3134765393
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

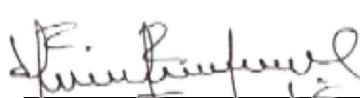
DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS		
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.
DIRECCION: CALLE 167 No. 51-40		
ACTIVIDAD: ENFERMERA		
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 350,181,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		350,181,000.00
GASTOS DE DEFENSA		350,181,000.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		LIMITE POR EVENTO
		0.00
BENEFICIARIOS		
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS		

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,181,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****28,150	GASTOS EXPEDICION: \$ *****7,500.00	IVA: \$ *****6,774	TOTAL A PAGAR: \$ *****42,423
---	---------------------------------------	---	------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
AGENCIA DE SEGUROS DANCO SEGUROS LTD	9173	100.00	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000895082339	FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá	OCARRANZA 0
---	--------------------

C6D12578070BF97F56

CLIENTE